

MC: ME
Bar Code Area
FS#:
Central File Maintenance
P.O. BOX 12048
AUSTIN, TX 78711-2048



CHILD SUPPORT DIVISION

Fecha:
Número de Caso de la Procuraduría General:

If you need this letter in English, please call: 1-800-252-8014

Estimado/a **Señor o Señora:**

En nuestros expedientes se encuentra la autorización que Usted nos ha concedido para entregar información y/o pagos de manutención a su representante autorizado. Para revocar tal autorización, por favor llene el formulario anexo a la presente.

Por favor envíe el formulario llenado y firmado por usted a:

**Office of the Attorney General
Central File Maintenance
P.O. BOX 12048
Austin, TX 78711-2048**

Si tiene preguntas, por favor llame a nuestra oficina al 1-800-252-8014.

REVOCACIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA ENTREGAR INFORMACIÓN O PAGOS

Escriba su nombre actual: _____

Otros nombres que ha usado: _____

Nombre de la otra parte en el caso: _____

Nombres de todos los niños en el caso: _____

Número de caso de la Procuraduría (10 dígitos, incluido en todas las cartas del caso): _____

Teléfono al que podemos llamarle (_____) _____

casa trabajo celular familiar o amigo

Al presentar este formulario llenado, firmado y fechado, pido a la Procuraduría General hacer lo siguiente: (Escriba sus **iniciales** junto a cada instrucción que aplica.)

Revocar mi autorización para divulgar información o archivos de mi caso (el número que escribió arriba).

Iniciales: _____

No divulgar información o archivos a la siguiente persona:

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____ **Código postal:** _____

Entiendo que ya no se enviará información o archivos a la persona que se nombra arriba a menos que yo presente otro formulario de Autorización para divulgar información o entregar pagos.

Revocar mi autorización para enviar pagos a otra persona.

Iniciales: _____

No enviar ningún pago más a la siguiente persona:

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado: _____ **Código postal:** _____

Entiendo que ya no se enviarán pagos a la persona que se nombra arriba a menos que yo firme y entregue otro Formulario de Autorización para Entregar Información o Pagos.

Entiendo que la Procuraduría General de Texas no es responsable de los desacuerdos que surjan entre las partes nombradas y yo como resultado de este arreglo. (Se requiere la fecha de su firma.)

Firma

Fecha (requerida)

Dirección

Ciudad, Estado, Código postal